

# MEGTÉVESZTŐ TÜNETEK A HASÚRI SZERVEK GYULLADÁSAINAK ANATÓMIAI HELYZETE ÉS MÁS BELSŐ SZERVET IZGATÓ HATÁSA KÖVETKEZTÉBEN

Dr. Szende László

Misszió Egészségügyi Központ, Rehabilitációs Osztály, Veresegyház

**ÖSSZEFOGLALÁS:** *Olyan hasüregi gyulladással járó eseteket ismertetnek a szerzők (appendicitis, emphysemás cholecystitis, diverticulitis), amikor a gyulladás más belső szervet izgatva félrevezető tünetekkel (hasmenés, dysuria) kezdődik, s ezen atípusos tünetek vizsgálata késlelteti a kiváltó gyulladás felismerését. A gyorsabb diagnózist segítheti a gyulladásra hajlamosító elváltozás anatómiájának ismerete, továbbá annak figyelembevétele, hogy bizonyos életkorra jellemző betegségek, illetve tünetek más életkorban is megjelenhetnek.*

**Kulcsszavak:** *appendicitis, emphysemás cholecystitis, diverticulitis, diarrhoea, dysuria, nőgyógyászati gyulladás*

Szende L: MISLEADING SYMPTOMS DUE TO IRRITATIVE IMPACT ON OTHER INTRAABDOMINAL ORGANS AND ANATOMIC SITUATION OF INTRAABDOMINAL INFLAMMATION

**SUMMARY:** *Some intraabdominal inflammatory cases (appendicitis, emphysematous cholecystitis, diverticulitis) are presented when the first symptoms were due to the irritative impact of the initial inflammation on other organs (diarrhea, dysuria) and the work-up of these misleading symptoms delays the recognition of the initial inflammatory disease. The diagnosis is facilitated by the knowledge of the anatomy of the alteration predisposing to inflammation and the keeping in remembrance that diseases having dominant occurrence or characteristic symptoms for special age can appear in another age too.*

**Keywords:** *appendicitis, cholecystitis, diverticulitis, diarrhea, dysuria, gynecologic inflammation*

Magy Belorv Arch 2023; 76: 240–245.

Levelező szerző: Dr. Szende László  
Misszió Egészségügyi Központ Rehabilitációs Osztály, Veresegyház  
2112 Veresegyház, Gyermekliget u. 30.  
e-mail: titkarsag@misszio.hu

DOI: 10.59063/mba.2023.76.5-6.4

## Bevezetés

A legtöbb hasüregi gyulladás időben felismerve eredményesen kezelhető. Bár diagnosztikus buktatói közismertek (tankönyvek is tárgyalják), és az újabb képalakítók is segítik felismerésüket, a diagnosztikus nehézségekkel friss közlemények továbbra is foglalkoznak. Néhány intraabdominalis gyulladással járó eset (appendicitis, diverticulitis, emphysemás cholecystitis) ismertetése segíthet a félrevezető tünetek helyes értékelésében.

### 1. eset

Az 57 éves női dolgozónk öt napos tünetekkel jelentkezett nappali kórházunkban. Betegsége lázzal, hányással, hasmenéssel, izomfájdalmakkal kezdődött. Vírusinfekcióval családorvosa betegállományba helyezte.

Panaszai nem szűntek, s kezdeti alhasi fájdalmai erősödtek. Az elmúlt napokban már két alkalommal látta ügyelet. Betegségét – mivel az alapellátásban több hasonló hasmenéssel járó megbetegedés is észlelhető volt – továbbra is vírusinfekciónak tartották (bár a beteg megkérdezte, hogy nincs-e vakbélgyulladása, de az ügyeletes megnyugtatta, hogy az biztosan nincs). Vizsgálatunkkor († dr. Ferencz I.) hasa meteorisztikus. Sem défense, sem körülírt izomvédekezés nem volt, de az alhasban jelentős nyomásérzékenység volt tapasztalható, dominálón az ileocecalis régióban és középen, de kissé a baloldalon is. Hasi UH appendicitisre utalt, perforáció jeleivel (jobb oldalon ileocecalisan, az appendix vetületében vaskos falú, kóros bélszakasz figyelhető meg, melyben egy kb. 14 mm-es echodús képlet (vsz. fecalith.) látható, hangárnyékkal. Az ap-

pendix kontúrjai distalisán nem követhetők, perforáció nem zárható ki). Sürgős kórházi beutalás (a később megérkezett laborleletben magas gyulladási paraméterek), majd sürgős műtét: perforált appendicitis. Appendectomia, egyhetes drénezést követően gyógyulás.

**Megbeszélés.** A leggyakoribb hasüregi gyulladás az appendicitis, amelynek perforációja több híres ember halálát is okozta. Köztük van Balassa János sebész (a szekszárdi kórház névadója), Léon Gambetta francia miniszterelnök, Friedrich Ebert, a weimari köztársaság első elnöke (lásd Internet: Szállási Árpád: Az appendectomia története). Tragikus appendicitis irodalmi alkotásokban is szerepel (Garai Gábor: A lady lovagja: Részletes önéletrajzom). Az appendicitis elég sokszor társasági beszédtema is volt: „folyton Nietzsche-ről s az Életről fecsegnek, s hogy vakbélgyulladás volt ennek meg ennek.” (Francis Jammes: Mint egy lármás bogár. Fordította Radnóti Miklós).

Statisztikák szerint gyermekkorban a perforált appendicitisek száma határozottan nagyobb, mint felnőttekben. Ennek okát abban látják, hogy a tünetek atípusosak, és elsősorban a kezdeti tünetként jelentkező hányinger, hányás, hasmenés miatt gondot jelent a gastroenteritistől történő elkülönítés.<sup>1</sup> A csecsemők betegségét sebészeti tankönyv külön megemlíti.<sup>2</sup> A három év alattiaknál is kékis a diagnózis.<sup>3</sup> A hasmenés okaként egyrészt a párhuzamos fertőzödést, másrészt viszont az appendicitis beleket izgató hatását vélik. Serdülőknél ez a forma még inkább megtévesztő, mert ilyen korban már a felnőttkori tünetek tűnhetnek általánosnak.<sup>4</sup> Ezt mutatja egy munkahelyi kapcsolat révén megismert serdülő leány esete. Zárójelentésének első mondata: „A 13 éves leány egy hete tartó atípusos hasi fájdalom, enteritises kép után appendicitis gyanújával került felvételre.” Az anya elmondása szerint előzőleg gyermekorvosok többször látták, antibiotikumot is kapott. Kórházi laborban az induló fvs-szám: 35 G/l, CRP: 380 mg/l. Laparoszkoos műtétkor perforált appendicitis, többszörös hasúri tályogképződéssel. Reoperáció is szükséges volt.

Gyorsabb lefolyású esetet is közöltek.<sup>5</sup> Egy ötéves appendicitises anyagot ismertető hazai közlemény<sup>6</sup> szerint 842 appendicitisből 7 végződött exitussal (zömmel a magas életkor és a kísérő betegségek miatt).<sup>6</sup> 11 éves leánygyermek esetét is ismertetik, akinél a szövődményes subphrenicus tályog a bronchusba is betört.

Esetünk mutatja, hogy a gyermekkorra jellemző gastroenteritises tünetek felnőttben is jelentkezhetnek. Egy hasonló esetben hypokalaemiával is járó hasmenés appendicitises eredetét csak többnapos ambuláns kezelést követően megjelenő peritonealis tünetek miatt végzett exploratio tisztázta.<sup>7</sup>

Az appendicitises tályog beleket izgató hatására példa, hogy perforált, de letokolt (plastron) appendicitis 3 hónapon át tartó hasmenés formájában jelentkezett.<sup>8</sup> Széklettenyésztés eredménytelen volt, bár leukocytosis és CRP-emelkedés is fennállt. A tályog dre-

nálása jelentős javulást eredményezett, 6 hét múlva appendectomia történt.

Emlékezetemben van egy fiatal nőbeteg esete 1980-ból, akit tüdőosztályon bronchiectasiás bronchorrhoeával kezeltek. EKG-ján situs inversus volt. Kartagener-szindróma lehetőségére gondolva friss baloldali alhasi panaszok miatt baloldali appendicitis gyanújával helyeztük át sebészetre. Ez igazolódott. Ultrahang akkor még nem volt.

Említésre méltó egy interferonnal is kezelt sclerosis multiplexes nőbeteg, akinél rehabilitációs kezelése során a tervezett elbocsájtás előtt két nappal enyhe epigastriális panasz, hasmenés és subfebrilitas lépett fel. A rehabilitációs tornákat továbbra is nehézség nélkül elvégző beteget további megfigyelést javasolva elbocsájtottuk, majd két nappal később perforált appendicitis miatt történt műtét.

Egy 53 éves orvoskollégánál apróköves cholecystitis gyógyulása után 4 hónappal „epepanaszai” kiújultak. A másnapi hasi UH nem mutatott eltérést. A 3. napon laborba kért beutalót (vizsgálatot nem). Miután köhögés, láz, enyhe hasi fájdalom is jelentkezett, sürgősségi beutalót adtunk. Aznap délután a magas gyulladási paraméterek miatt – bár panaszai változatlanok voltak – „közönséges” betegnek tekintve rábeszéléssel megvizsgáltuk. A coecumtáji, défense nélküli, de kifejezett nyomásérzékenység miatt sürgősséggel kórházba küldtük, ahol perforáció előtti állapotban appendectomia történt. Több hónappal később az epehólyagot is eltávolították.

A COVID-járvány idején egyik dolgozónk kérte 76 éves apjának vizsgálatát friss hasi panaszok miatt. A beteg felesége „gyomorrontásra” gondolt, de ápolónő leánya az előzmények, az aznapi láz és hasfájás miatt, a tüneteket komolyabbnak gondolva fordult munkahelyéhez, mondván, hogy járvány idején az alapellátás lázas beteget nem fogad. A beteg anamnézisében hólyagtumor és annak recidívája miatt rendszeres urológiai ellenőrzés szerepelt. Előző naptól hasa feszült, vizelet 2 óránként (előzőleg is gyakrabban), némi vizeletürítési nehézséggel. Éjszaka nem aludt a köldöktáji fájás és haspuffadás miatt. Széklet vizsgálatunk napján, a testhőmérséklet 38,0 °C. Status: Alsó medián laparotomia hege. Alhas közepén enyhe, coecumtájon határozott nyomásérzékenység défense nélkül. Vesetájak nem érzékenyek. Hasi UH üres hólyagot talált, appendix nem volt látótérbe hozható. Vizsgálatkor a beteg szubjektív panaszai megszűntek, annyira, hogy kórházba sem akart menni. Ismételt rábeszélésre a beutalást elfogadta. Egnapos panaszokat és spontán klinikai javulást követő sürgős műtét során gangrénás appendicitist és gennyes peritonitist találtak. Az appendix töve ép volt. A kórházi UH során sem volt az appendix látótérbe hozható. Kórházi laborból fvs: 27,3 G/l, CRP: 142, procalcitonin 0,3 µg/l (norm. 0,5-ig!).

Ritkán benignus hasi panaszok is észlelhetők appendicularis eredettel. Közvetlen családtagomnál mozgásra és főleg lehajlásra coecumtáji fájdalom jelentke-

zett több héten át. Gyulladásra utaló jel nem volt. Hasi ultrahang 46 mm hosszú, kaliberingadozást mutató appendixet mutatott 2-3 mm-es coprolith-tel. Sebészet a kapcsolatot nem látta egyértelműnek, de a radiológus (dr. Négyessy Mária) ragaszkodott a műtéthez. Laparoskopos appendectomy után a panaszok megszűntek.

## 2. eset

A 71 éves férfi beteg 2015. március elején, egy pénteki napon jelentkezett sürgősséggel a belgyógyászati rendelésén. Panaszai kedden kezdődtek: akkor reggel epét hányt, majd attól kezdve bármit evett, kihányta és hasmenés is jelentkezett. A megelőző szombaton és vasárnap dalárda-összejövetelel bográcsgulyást ettek, de tudomása szerint senki más nem lett beteg. A vizsgálat előtti napon nem hányt, de folyamatosan hasmenése volt, legalább 10 alkalommal, aznap is többször. Széklete vizes, fekete. Szerdán családorvos látta, ivás utáni hányás és alhasi görcsök miatt, B6-vitamin és Nospa inj-t és széntablettát kapott. Ügyelet tegnapi napon otthonában látta, Algopyrin inj-t kapott. Rendelésünkön hőmérséklet: 37,0 °C, RR: 120/80, P: 92/min. Nyelv kissé bevont. Has a mellkas szintjében, puha, áttapintható, diffúzan enyhe nyomásérzékenység. Izomvédekezés nincs, loccsanás nincs. Sérvkapuk szabadok. Vérvétel után infúzió. A sürgős laborban fvs: 6,4 G/l, CRP: 144 mg/l, sülly: 48 mm/1 óra, vércukor: 7,0 mmol/l, kreatinin: 205 µmol/l, bilirubin: 17 µmol/l, Na: 141 mEq/l, K: 3,7 mEq/l, thrombocyt: 79. Mivel néhány hónappal korábban a kreatinin normális volt, és a beteg ACE-gátlót is szedett, a beteget a Szt. László kórházba küldtük sürgősséggel. Ott egy héttig feküdt. Epicrisisből: Felvételtkor lázas, anictericus, exsiccalt. Klinikum salmonellosist vetett fel, de sem a széklettenyésztés, sem a hemokultúra kórokozót nem mutatott ki. Infúziók mellett tünetei az 5. naptól megszűntek, a thrombocytopenia is rendeződött. Laborból: CRP: 165–76 mg/l, fvs: 6,2–9,2 G/l, procalcitonin 3,3 µg/l. Elektrolitok, se bilirubin, májfunkció normális. A beteg ezt követően teljesen panaszmentes volt. A klinikum magyarázatát a 2015. április 20-án arteriosclerosis obliterans miatt készült CT-angiográfia adta meg. Ebben mellékletként szerepel: „A cholecysta az átlagosnál teltebb, fala kissé vastagabb, lumenében levegő, fundusa mellett szabálytalan, kb. 5 cm átmérőjű hypodenz képlet, a környező zsírszövet kötegeztségével. Ez részben letokolt folyadékgyülem vagy áteresztő cholecysta lehetőségét veti fel.” Két hét múlva műtét történt. Ennek során: a cholecysta nem volt felismerhető, helyén necroticus, epeköveket tartalmazó letokolt folyadékgyülem alakult ki. Ezt drenálták, a d. cysticusnak megfelelő epeútvarrással. Panasz- és tünetmentes posztoperatív szak. (A beteg 2 évvel később más okból meghalt.)

**Megbeszélés.** A klinikum és a CT-lelet alapján a hasmenést emphysemás cholecystitis okozhatta, a cholecysta az inflammált epét áteresztve a beleket külső-

leg izgatva okozhatott profúz hasmenést. Érdekes, hogy az előző évben emésztőszervi panaszok miatt két alkalommal is készült ultrahangvizsgálat, amelyek epéhólyagot mutattak.

Esetünkhöz részben hasonló klinikumot Murthy közölt.<sup>9</sup> Kolbászézés után 1 nappal hasmenés lépett fel. Az alacsony vérnyomáson és leukocytosison kívül a hasi UH cholecystitisre utaló jeleket, CT az epéhólyagban levegőt mutatott. A szeptikus kép miatt azonnali műtét során acalculosus gangrénás cholecystát távolítottak el, melyből *Clostridium perfringens* tenyésztett ki. Betegünkben is az áteresztő cholecystitis izgathatta a beleket. Felismerése akkor lett volna lehetséges, ha a szokatlan klinikum miatt (bakteriális enteritis klinikuma negatív tenyésztéssel) hasi UH is történt volna (enteralis fertőzés klinikai képe mellett ez általában nem tűnik indokoltnak).

Az emphysemás cholecystitist az irodalom igen súlyosnak tartja. Hajlamos perforációra, sokféle szövődéssel, és csaknem mindig azonnali műtettel.<sup>10</sup> Így érdekes ritkaság, hogy betegünkben a szivárgó epe okozta gyulladás antibiotikus kezelés nélkül nyugodott meg. Egy korábbi magyar eset is szubakut lefolyást mutatott.<sup>11</sup> Az acalculosus cholecystitis is hajlamos perforációra, legtöbbször akut formában jelentkezve, néhány órás panaszokkal<sup>12, 13</sup>, de ritkán enyhébb lefolyású klinikumot mutatva.<sup>14</sup> Perforált cholecystitis fistulaképződést is okozhat, több szervkapcsolati lehetőséggel. Ennek egyik „irodalmi” esete Arany Jánosé, akinek hasfalra kitörő fistulája volt, de észleltek olyan cholecystocolic fistulát, amely többhónapos hasmenést tartott fenn.<sup>15</sup>

## 3. eset

A 76 éves nőbeteget egy szerdai napon, hajnalban lakásán az ügyelet látta el, napok óta tartó alhasi görcsös panaszok miatt. Baloldali alhasi nyomásérzékenységet észlelve vesekólika, illetve akut cystitis lehetősége miatt Papaverin és Contramal injekciót kapott, és ezen diagnózisok alapján sürgős ultrahangvizsgálatot kértek. A beteg aznap késő délelőtt belgyógyászatra tért vissza. Kórelőzményében uteruseltávolítás, cholecystectomy, kizárt hasfali sérv miatti műtét, appendectomy szerepel. Elmondása szerint előző péntek óta vannak görcsei, alhasi fájdalommal és erősen szűrő jellegű gyakori vizelettel. Panaszai fokozódtak, szombaton este fokozódó dysuria és hidegrázás miatt egy vendégséget is ott kellett hagynia. NSAID-ok mellett egy napja nitrofurantoin is szed. T: 37,3 °C, P: 98/min, RR: 160/80. Has puha, az alhas tapintásakor nyomásérzékenység, de izomvédekezés nincs. A jobb costolumbalis tájék ütögetésre érzékeny, de bimanualis tapintáskor nem. Rectalis vizsgálatkor a mellső falon érzékeny bedomborodás. Külső nodusok. A hasi ultrahang-vizsgálat során kismédecében eltérést nem láttak, a hólyag kp. telt, ép falú. Aznap sebészet: has puha, betapintható. A symphysis felett nyomásérzékenység. RDV: ujjal elérhető magasságban a mellső falon a

bélen kívül elhelyezkedő terime. Akut sebészeti teendő nincs, CT-re előjegyezve. Aznap nőgyógyászati vizsgálat: „Vizsgálatát kéri gyakori vizelési inger miatt. 3 éve incontinens. Anamnesisben hysterectomia. Vizelet negatív, hasi UH eltérést nem mutat. St: kp tág, vakon végződő hüvelyconk, felette kb. almányi, tömött tapintatú fixált, fájdalmas rezisztencia. Intravaginalis UH: a kismedencében a középvonalban egy 20 mm-es és egy 30 mm-es ovális echodenz képlet. Szabad hasi folyadék nincs. Dg.: Tu. ov. susp. CA 125 levéve, hasi és kismedencei CT-vizsgálatra beutaló kiadva”.

A beteg általános állapota jó volt. Belgyógyászati összegzése: néhány napos alhasi görcs, dysuriás panaszok. Utóbbiak oka feltehetően a hólyagot a kismedence felől irritáló elváltozás. Szakkonzíliumok nem látnak sürgősséget, de holnapra sürgős laborba visszakerjük. Ha panaszai fokozódnának, s láz vagy hidegrázás lépne fel, sürgősséggel kórházban jelentkeznek. Másnap reggeli vizsgálat: Éjszaka 38 °C-ig emelkedő hőmenet. Hidegrázás nem volt. Has puha, az alhasi nyomásérzékenység fokozódott. Sürgős labor kora délután megérkezve: súlly: 64 mm/1 óra, fvs: 11,7 G/l, CRP: 145 mg/l. Vizeletüledék: 2 fvs, 2 vvt, 2 lhs. Egyéb leletek normálisak. A klinikum és laborleletek miatt sürgős hospitalizáció.

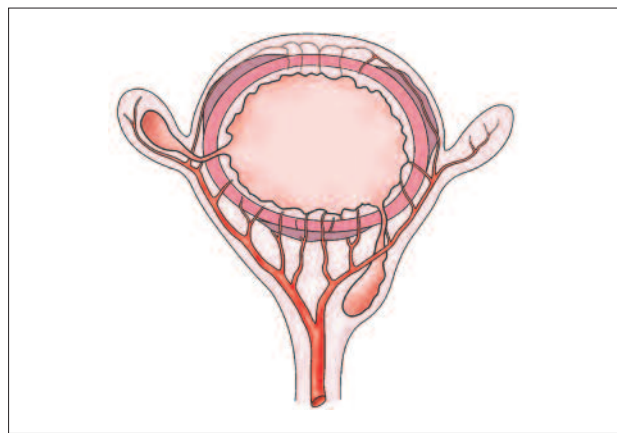
A kórházi SBO lelete szerint: „Láz, emelkedett CRP, alhasi tisztázatlan terime, tályog lehetősége miatt felvételét kéri”. Ekkori statusa szerint has puha, betapintható. Kóros rezisztencia, nyomásérzékenység nincs. Bélhangok hallhatók. Az első kórházi sebészeti vizsgálat szerint: „Hasi panaszai vizelési panaszokkal kezdődtek. Széklete naponta van. Előző vizsgálatok a hüvelyconk felett almányi fixált rezisztenciát mutatnak ki. Ovarialis tumor is felmerült, CT javasolva”. Sebészeti status: a symphysis felett mérsékelt nyomásérzékenység, vastag hasfal. Rectalisan bal oldalon tojásnyi terime. Hasi statusa akut sebészeti teendőt nem igényel, de kórházi kivizsgálás javasolt, kontroll nőgyógyászati szakvizsgálattal kezdve.

A beteg nőgyógyászati osztályra került, ahol CT-vizsgálat történt, igazolva a kismedencei diverticulitises eredetű tályogot. Sebészetre helyezték át. Ott még aznap Hartmann-műtét történt. Eseménytelen posztoperatív szak, későbbiekben a stoma zárása is megtörtént. A beteg több más megbetegedést átélve 85 éves korában halt meg.

**Megbeszélés.** Magyar Imre egy összefoglaló cikkben<sup>16</sup> felhívja a figyelmet, hogy a diverticulitisekből eredő tályog lehetséges kezdeti tünete férfiaknál a hólyag-irritáció (a húgyhólyag a sigma előtt helyezkedik el), sőt idős betegeknél eleinte ez lehet az egyetlen tünet. Nőknél az uterus védő hatása miatt ilyen tünet nem jelentkezik, kivéve, ha az uterust korábban eltávolították. Esetünk tükrözi e közlés jelentőségét. A hysterectomiás állapot fontosságát még Juhász közleménye<sup>17</sup> említi.

A szakkonzíliumok sorozatának ismertetése szándékos volt, mutatva, hogy a végső diagnózist több,

szakmailag igazán illetékes szakvizsgálat előzte meg, mégis a belgyógyászat irányította a beteget a megfelelő helyre. A klinikai status a kórházi sebészek számára is megtévesztő volt. A diagnózis nehézsége inkább a női esetekre jellemző. Ezt mutatja az is, hogy az interneten kismedencei tályog eseteit keresve túlnyomóan nőgyógyászati esetek szerepelnek. Bár a vastagbél a rectum felső harmadáig bezárólag intraabdominalis, hashártyával borított szerv, a diverticulitises tályog okozta peritonealis izgalmi jel sokszor hiányzik, vagy csak későn jelenik meg. Ezt az egyetemi sebészeti tankönyv Gaál által írt fejezete világítja meg.<sup>2</sup> Ugyanis a diverticulumok leginkább a mesenterium gyöke felé helyezkednek el, két mesenterium-lapfelület közti területre nézve, így perforációjuk is tulajdonképp infra-, illetve retroperitonealisan történik. Ez is magyarázza, hogy a diverticulumperforáció többségében fedett (ebben még cseplesz és egyéb egyéb mesenteriumrész letokoló hatása is szerepelhet), így klinikuma hasonló a sui generis infraperitonealis, kismedencei, elsősorban nőgyógyászati eredetű gyulladásokhoz, valamint magyarázza, hogy a diverticularis tályog retroperitonealis terjedéssel hasfali, comb-glutealis, sőt nyaki területi subcutan emphysema<sup>18,19</sup>, vagy prostata-tályog formájában jelentkezik.<sup>20</sup> A Magyar Imre közleményében<sup>16</sup> található ábra (1. ábra) az említett tályogok kialakulását magyarázó anatómiai helyzetet szemlélteti. Ritkán krónikus hasmenés is lehet diverticulitises tályog esetén.<sup>21</sup>



**1. ábra.** Rostszegény étrend esetén a béltartalom a vastagbélben szegmentális nyomásemelkedést okoz, melynek tartós hatására a bélnyálkahártya különösen az erek mentén kitérnekdiverticulomok képződésére kerül sor.

(Forrás: Magyar I: Életveszélyes belgyógyászati állapotok a gastroenterológiában. Magyar Belorv Arch Suppl. 1979; 173-174. alapján)

#### 4. eset

A diverticulitises tályog felismerésének nehézségeit mutatja az intézetünkben is többször vizsgált beteg esete, akinél mind életkora, mind a körülmények miatt



nőgyógyászati gyulladás tűnt valószínűnek. Az esetet intézetünk leletei és a beteg zárójelentései alapján, a beteg beleegyezésével ismertettük.

A 49 éves nőbeteg esti ügyeleten jelentkezett alhasi fájdalmak miatt, láz, hányás, hasmenés nélkül. Hasi statusa szabályos volt, Algopyrin-Nospa injekciót kapott, nőgyógyászati vizsgálatot javasolva. Ez két nap múlva megtörtént, panaszainak hátterében nőgyógyászati elváltozást nem talált, megjegyezve, hogy spirál-eltávolítást terveznek. Előzetesen a családorvos már antibiotikumot kezdett. Újabb két nap elteltével a perisztáló panaszok miatt a beteg kórházi SBO-n jelentkezett. Puha has mellett jobb alhasi nyomásérzékenységet és hőemelkedést észlelve megfigyelésre felvették. A spirál eltávolítása megtörtént. Hasi UH kismencedei gyulladásra utaló eltéréseket észlelt (megvastagodott bélkacsok, köztük kevés folyadék). Fvs-szám emelkedett, CRP 386 mg/l, de sebészet sem talált akut tennivalót (jobb alhasi nyomásérzékenység jelen volt, de indirekt appendicitises jelek is negatívak voltak). A kórképet nőgyógyászati gyulladásnak vélelmezve antibiotikus kezelés mellett hazaengedték. Három nap múlva intézetünk sebészetén jelentkezett, panaszainak rosszabbodása miatt. A jobb alhasi nyomásérzékenység fokozódott, izomvédekezés nélkül. Loccsanás volt észlelhető. A natív hasi röntgen folyadéknyívalókat táult bélkacsokat igazolt. Hasi UH során a Douglasban folyadék volt látható, de az appendix nem volt látótérbe hozható. Perforált appendicitis diagnózissal hospitalizálva. Kórházi nőgyógyászati statusában a portio mögött lúdtójsnyri rugalmatlan képlet, ami az uterus-tól nem különíthető el. Szabad hasúri folyadék nincs. Kétoldali nőgyógyászati gyulladás lehetősége miatt nőgyógyászati vették fel. Laparoskopos műtét indult, de a hasüregben látott genny miatt a műtétet sebész vette át. Feltárás után diverticularis tályog igazolódott, Hartmann-műtét és technikai appendectomia történt. Eseménytelen posztoperatív szak. Fél év múlva stomazálás.

A diverticulitis és szövődményei bár ritkán, fiatal életkorban is jelentkezhetnek. Az életkori határt 40, illetve 50 évben adják meg.<sup>22, 23</sup> Betegünk ehhez közel volt, s mivel a diverticulitis általában idős életkorban jelentkezik, és betegünkönél nőgyógyászati kismencedei gyulladás lehetősége is felmerült, a diverticulitises tályog csak nőgyógyászati indikációjú műtét során derült ki. A diverticulitises perforáció fentebb említett anatómiai helyzete magyarázza a 7 napos diagnosztikus késlekedést, de szerencsére azt is, hogy a megfelelő műtét nehézség nélkül elvégezhető volt.

Mind a sebészeti tankönyv,<sup>2</sup> mind az alapellátással kapcsolatos friss közlemény<sup>24</sup> hangsúlyozza a képalkotók (első lépésben az ultrahang) jelentőségét a diverticularis betegség felismerésében. Sok közlemény viszont a CT szerepét emeli ki. Így egy 37 éves betegnél is CT-vel mutatták ki a colonovesicalis fistulát mint a szövődményes diverticulitis első megjelenési tünetét.<sup>25</sup>

A szokatlan életkorban jelentkező megbetegedé-

sekkel a közmédiában is találkozhattunk: a retropharyngealis tályog kimondottan kisgyermekkorú betegséggel, de huszonéves betegnél tragikus véget ért.

Az említett hasúri gyulladások az alapellátástól kezdve sok szakterületet érintenek, sokszor diagnosztikai kihívást jelentve. Tanulság lehet, hogy néha hasmenéses esetekben is szükség lehet nemcsak hasi ultrahang, hanem CT-vizsgálatra is. Irritáció okozta hasmenés és dysuria esetén a tenyésztés és vizeletlelet negatív lehet a gyulladásra utaló laborleletek mellett.

## Irodalom

1. **Lu Y-T, Chen P-C, Huang Y-H és mtsa:** Making a decision between acute appendicitis and acute gastroenteritis. *Children (Basel)* 2020; **7**: 176. doi: 10.3390/children7100176.
2. **Gaál Cs, Damjanovich L:** Vastag- és végbélsébeszet. In: Sebészet. Szerk: Gaál Cs. Medicina Könyvkiadó Zrt., 2021.
3. **Horwitz JR, Gursoy M, Jaksic T és mtsa:** Importance of diarrhea as a presenting symptom of appendicitis in very young children. *Am J Surg* 1997; **173**: 80-82. doi: 10.1016/S0002-9610(96)00417-5.
4. **Colvin JM, Bachur R, Kharban A:** The presentation of appendicitis in preadolescent children. *Pediatr Emerg Care* 2007; **23**: 849-55. doi: 10.1097/pec.0b013e31815c9d7f.
5. **Enav BI, Mogilner J, Jaffe M és mtsa:** Acute appendicitis presenting as secretory diarrhea. *J Pediatr Sur* 2002; **37**: 928-9. doi: 10.1053/jpsu.2002.32916
6. **Safar A, Farkas S, Oláh V és mtsa:** Az akut appendicitis problematikája napjainkban. *Orv Hetil* 1986; **127(19)**: 21-24.
7. **Wang LJ, Basnet S, Du XQ és mtsa:** Acute appendicitis presenting as acute diarrhea accompanying hypokalemia. *Am J Emerg Med* 2014; **32**: 397. e5-6. doi: 10.1016/j.ajem. 2013.10.056.
8. **Katipoğlu B, Yırgın G, Demir BF és mtsa:** An unusual cause of chronic diarrhea: plastron appendicitis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2019; **12**: 74-75. PMID: PMC6441483
9. **Murthy A, Lee CY, Murthy GD:** Acute diarrhoea: an unusual presentation *BMJ Case Rep* 2009; DOI: 10.1136/bcr.07.2008.0476.
10. **Yagi Y, Sasaki S, Terada I és mtsai:** Massive pneumoretroperitoneum arising from emphysematous cholecystitis: a case report and the literature review. *BMC Gastroenterol* 2015; **15**: 114. doi: 10.1186/s12876-015-0345-8.
11. **Borbola Gy, Hervoly M, Szücs I:** Akut emphysemás cholecystitis. *Orv Hetil* 1987; **128**: 207-208.
12. **Kim HJ, Park SJ, Lee SB és mtsai:** A case of spontaneous gallbladder perforation. *Korean J Intern Med* 2004; **19**: 128-31. doi: 10.3904/kjim.2004.19.2.128.
13. **Ajmal H, Hasnain N, Sagheer S:** Spontaneous acalculous gallbladder perforation in an adolescent male: A Case Report and Literature Review. *Cureus* 2021; **13**: e20077. doi:10.7759/cureus.20077.
14. **Kullmann T, Issekutz Á, Oláh A és mtsa:** Akut acalculosis cholecystitis: a mindennapostól a nagyon ritkáig. *Orv Hetil* 2014; **155**: 89-91.
15. **Choi C, Osman K, Hartley CP és mtsa:** Cholecystocolonic fistula as an uncommon cause of diarrhea: a case-report and

- review of the literature. *Clin J Gastroenterol.* 2021; **14**: 1147-1151. doi: 10.1007/s12328-021-01413-7.
16. **Magyar I:** Életveszélyes belgyógyászati állapotok a gastroenterológiában. *Magyar Belorv Arch Suppl* 1979; 173-174.
  17. **Juhász M:** A diverticularis betegség. *LAM* 2010; **20**: 371-374.
  18. **Ravo B, Khan SA, Ger R és mtsai:** Unusual extraperitoneal presentations of diverticulitis. *Am J Gastroenterol* 1985; **80**: 346-51.
  19. **Choi PW:** Pneumomediastinum caused by colonic diverticulitis perforation. *Korean Surg Soc* 2011 Jun; **80(Suppl 1)**: S17-S20. PMID: PMC3205377
  20. **Slater RG:** Diverticular abscess presenting as prostate abscess and missed by abdominal CT scan. *J Emerg Med* 2002; **22**: 263-265. doi: [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(01\)00482-6](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(01)00482-6)
  21. **Daryani NE, Keramati MR, Habibollahi P és mtsai:** Colonic diverticular abscess presenting as chronic diarrhea: a case report. *Cases J* 2009; **2**: 9389. doi:10.1186/1757-1626-2-9389.
  22. **Minardi AJ Jr, Johnson LW, Sehon JK és mtsai:** Diverticulitis in the young patient. *Am Surg* 2001; **67**: 458-461. PMID: 11379649.
  23. **Turner GA, O'Grady MJ, Purcell RV és mtsai:** Acute diverticulitis in young patients: A review of the changing epidemiology and etiology. *Dig Dis Sci* 2022; **67**: 1156-1162. doi: 10.1007/s10620-021-06956-w.
  24. **Magyar A:** Diverticulosis a háziorvosi gyakorlatban. *LAM* 2023; **33**: 113-118.
  25. **Duferra RR, Tolu-Akinnawo O, Maliakkal BJ:** Colovesical fistula complicating the first symptomatic episode of acute diverticulitis in a young adult. *Cureus* 2023; **15**: e35082. doi: 10.7759/cureus.35082.